

Les échecs
de l'avortement thérapeutique
dans les vomissements incoercibles
de la grossesse

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 10 Juillet 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Monsieur PETIT François-Lucien-Marcel

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

Né le 24 Octobre 1911, à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur	<i>Président.</i>
		PERRIN, professeur	} <i>Juges.</i>
		VERMELIN, agrégé	
		ABEL, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMP BAILLY ET WETTSTEIN, 6. RUE COURBET
1937

Les échecs
de l'avortement thérapeutique
dans les vomissements incoercibles
de la grossesse



Les échecs
de l'avortement thérapeutique
dans les vomissements incoercibles
de la grossesse

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 10 Juillet 1937

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Monsieur PETIT François-Lucien-Marcel

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

Né le 24 Octobre 1911, à Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. FRUHINSHOLZ, professeur *Président*.
PERRIN, professeur. }
VERMELIN, agrégé. } *Juges*.
ABEL, agrégé. }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMP. BAILLY ET WETTSTEIN, 6, RUE COURBET

1937

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;
 BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$;
 MACE, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$;

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHE, O $\star$, I $\star$.
Cliniq. des mal. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopédie.	M. R. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Cliniq. obstétricale et accouchements.	M. A. FRUHNSHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRE, O $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, A $\star$.
Clinique des maladies des enfants ..	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie et parasitologie médicale	M. de LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, A $\star$.
Clinique chirurgicale	
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\star$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\star$.
	M. BINET, $\star$, I $\star$.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses.	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\star$, prof.
Clinique Gynécologique	M. DROUET, I $\star$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire
Clinique des maladies contagieuses ..	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Clinique des vieillards	M. de LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I $\star$, agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHELEMY, $\star$, I $\star$, agr. libre
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c, ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\star$, prof sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, I $\star$, agrégé.
Anatomie et médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique . (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique O.-R. L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. MERKLEN, A $\star$.	M. POURCINES.	M. GUILLEMIN, A $\star$.
M. FLORENTIN A $\star$.	M. MELNOTTE, O $\star$.	M. ABEL, $\star$, A $\star$.
M. BODART.	M. MUTEL, $\star$, I $\star$.	M. DROUET, A $\star$.
M. CHALNOT.	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$.	M. KISSEL.
M. WOLFF, A $\star$.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. REMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$;
 BARTHELEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$.
 M. E. TRIBOLET, I $\star$, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni s'improver.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort pour la France.

Il ne connut que le labeur et le devoir dans sa vie, dont le sacrifice sera toujours pour moi un exemple.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Enlevée trop tôt à notre affection.

A MES TANTES ET LEUR FAMILLE

*qui ont remplacé nos parents.
Puisse ce modeste travail être un gage de ma profonde reconnaissance pour leur immense dévouement.*

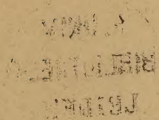
A MA FEMME

Qui, tout en élevant une famille déjà nombreuse, n'a cessé de m'entourer de soins et de m'encourager au cours de mes études. Je lui dédie ma thèse, faible témoignage de mon affection.

A MES ENFANTS

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

*Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Nancy.
Officier de la Légion d'honneur.*

A NOS JUGES :

M. LE PROFESSEUR PERRIN

*Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Nancy.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

M. LE PROFESSEUR AGREGE ABEL

*Médecin-Chef de l'Hôpital-Sanatorium Villemin.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

M. LE PROFESSEUR AGREGE VERMELIN

*Professeur agrégé d'obstétrique
à la Faculté de Médecine de Nancy.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

*Nous les prions d'agréer nos remer-
ciements et notre respectueuse recon-
naissance pour l'honneur qu'ils nous
font en jugeant cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR LEDOUX

Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon.

Chevalier de la Légion d'honneur.

Hommage respectueux de notre reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR VOLMAT

*Professeur de pathologie externe
à l'Ecole de Médecine de Besançon.*

Chirurgien des hôpitaux.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne et en remerciement de son
enseignement et de ses conseils.*

A TOUS NOS MAITRES

*de la Faculté de Médecine de Nancy
et de l'Ecole de Médecine de Besançon.*

INTRODUCTION

Dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, le médecin possède selon même l'expression de M. le Professeur Frühinsholz, une arme de précision qu'il doit pouvoir décrocher à temps quand le cercle vicieux de ce syndrome n'a pu être rompu par une thérapeutique médicale.

Cette arme, mise au pouvoir du médecin, devrait apporter la certitude de la guérison; or, beaucoup ne veulent plus s'en servir, et ceux qui l'emploient encore sont obligés de constater qu'elle échoue parfois. Etant de ceux-ci nous voudrions, après avoir constaté les faits, en trouver si possible une cause et les moyens de réduire les échecs d'un procédé thérapeutique que la force des choses nous met encore en devoir d'utiliser.

Tel est le but de notre thèse, inspirée d'une publication de notre Maître, M. le Professeur Frühinsholz, qui nous a ainsi grandement facilité ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression respectueuse de notre reconnaissance, tant pour l'honneur qu'il nous a

fait en acceptant de présider notre thèse, qu'en souvenir des belles leçons cliniques que son talent nous a prodiguées.

Une grande reconnaissance aussi, et à laquelle se joint l'amitié va à M. le Professeur agrégé Vermelin, qui nous a reçu avec tant de bienveillance dans notre nouvelle faculté, et a bien voulu mettre son autorité et sa compétence à notre service, sans parler de l'enseignement dont notre pratique future saura toujours se souvenir avec fruit.

Nous diviserons notre travail en trois chapitres.

Dans le premier, nous publierons notre statistique et les observations qui serviront d'appui à la thèse que nous soutenons et qui sont la confirmation de notre point de vue.

Nous les comparerons ensuite aux statistiques que nous avons reçues des autres maternités. Nous passerons rapidement en revue les différents traitements proposés dans le cas de vomissements incoercibles. Nous verrons leurs échecs et, dans ce cas, la difficulté d'avoir un critérium certain qui permette de décider de l'interruption d'une gestation en temps opportun.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les différents critères proposés à ce sujet.

Nous tirerons, pour finir, dans un troisième chapitre, les conclusions de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

PREMIER PARAGRAPHE

Observations et statistiques personnelles

Parmi les cas de vomissements incoercibles vus à la maternité de Nancy, un certain nombre a guéri par le traitement médical en usage dans cet établissement, un autre nombre plus restreint a nécessité l'interruption de la grossesse. Ce dernier traitement a le plus souvent apporté la guérison qu'on était en droit d'attendre de lui, mais parfois il a échoué.

Nous allons présenter une statistique de ces cas qui porte sur 16 années, de 1920 à 1935 inclus.

Nous indiquerons en premier lieu le nombre de cas de vomissements incoercibles vus au cours de l'année, en second lieu le nombre de ceux pour lesquels l'avortement thérapeutique a été pratiqué et en troisième lieu le nombre de morts consécutives à l'avortement.

En 1920 : un cas de vomissements incoercibles guéri médicalement.

En 1931 : 3 cas de vomissements incoercibles (V. I.), 2 avortements thérapeutiques.

En 1922 : 7 cas de V. I., 1 avortement thérapeutique.

En 1923 : 3 cas de V. I., 2 avortements, 2 décès.

En 1924 : 3 cas de V. I., aucun avortement.

En 1925 : 4 cas de V. I., aucun avortement.

En 1926 : 14 cas de V. I., 1 décès avant provocation, 1 avortement.

En 1927 : 12 cas de V. I., aucun avortement.

En 1928 : 8 cas de V. I., 2 avortements.

En 1929 : 12 cas de V. I., 2 avortements, 2 décès.

En 1930 : 2 cas de V. I., aucun avortement.

En 1931 : 3 cas de V. I., aucun avortement.

En 1932 : 3 cas de V. I., 3 avortements.

En 1933 : 9 cas de V. I., 1 avortement.

En 1934 : 9 cas de V. I., aucun avortement.

En 1935 : 10 cas de V. I., 1 avortement, 1 décès.

Soit sur 16 années un total de 163 cas de vomissements incoercibles pour lesquels l'avortement thérapeutique a dû être pratiqué 15 fois, 10 fois avec succès, 5 fois la malade mourut malgré ce traitement. Une fois la malade mourut avant la provocation.

Comme nous le voyons, cette arme de salut qu'est l'avortement thérapeutique reste grevée d'un lourd pourcentage de mortalité, le tiers, d'après nos observations.

Voyons maintenant quelques-unes de ces observa-

tions, où l'avortement a dû être pratiqué, elles aideront à comprendre le développement de notre thèse et seront la preuve des idées que nous allons émettre sur les causes des échecs de l'avortement et sur la nécessité qui impose encore à la maternité de Nancy un traitement que d'autres ont la faculté de rejeter.

OBSERVATION n° 1

Mme L., 29 ans.

Entre à la maternité de Nancy, le 23 juin 1922, pour vomissements graves.

Antécédents : rien à signaler.

Rapports uniques les 3 et 4 avril 1922.

Date de la fin des dernières règles : 1^{er} avril.

Histoire de la gestation : à la fin du mois d'avril, la malade présente de l'anorexie, elle maigrit et commence à vomir. A ce moment un médecin consulté pose le diagnostic d'ulcère de l'estomac et établit un traitement en conséquence. Notons en passant que la malade, célibataire, a pu volontairement faire égarer le diagnostic.

Les vomissements, loin de s'atténuer, deviennent incoercibles, déterminant un amaigrissement intense de la malade, qui est alors dirigée sur l'hôpital et de là à la maternité.

A l'examen il s'agit d'une femme très maigre et très affaiblie, les traits sont tirés, les yeux excavés. On note du subictère des conjonctives, un ventre en bateau, un foie petit, non douloureux. L'estomac ne présente rien d'anormal.

Le fond utérin remonte à quatre travers de doigts au-dessus de la symphise pubienne.

Tension artérielle : maxima 12, minima 9,5.

On donne un lavement purgatif qui ramène des scyballes peu abondantes, mais très fétides.

Injection de 500 cc. de sérum glucosé, 0,001 d'adrénaline, 20 cc. d'huile camphrée. Comme alimentation, de la glace.

Le 24 juin, on donne un deuxième lavement. Le pouls est à 120, la température à 36,8, les urines à 250 cc. On note des douleurs musculaires à la pression; les réflexes sont diminués. Devant les symptômes qui ne s'amendent pas, on décide d'interrompre la grossesse. On pose une laminaire n° 26, après dilatation préalable du col aux bougies de Hégar.

Le 25 juin, on note après une nuit assez calme un pouls à 136. L'absorption de liquides est impossible, la glace prise par petits morceaux provoque des vomissements de 400 grammes.

On intervient alors. On retire la laminaire à 9 heures et on augmente la dilatation aux bougies du n° 10 au n° 27 inclus. Du liquide s'écoule à la fin de cette dilatation.

L'état de la femme ne permettant pas l'anesthésie au chloroforme, on pratique un curettage.

On extrait morceaux par morceaux le fœtus ainsi que le placenta et les membranes. Révision utérine, injection iodée, 500 gr. de sérum artificiel.

Le 26 juin, après une nuit calme, la malade repose. Les vomissements ont cessé depuis l'intervention.

L'eau était tolérée dans les deux heures qui ont suivi; le soir on donne du bouillon de légumes, les urines sont plus abondantes.

L'amélioration est progressive, les urines augmentent et passent à 1.200 cc. La femme sort guérie.

Cette observation présente un intérêt évident. Il s'agit,

en effet, d'un cas de vomissements devenus rapidement graves et qui ont franchi, avant qu'on ait pu s'en apercevoir, la phase curable médicalement. Ce passage à l'incoercibilité est sans doute dû au fait qu'un traitement à contre-sens a été appliqué, et nous pouvons nous demander si, ayant été traitée dès le début de ses vomissements convenablement et en milieu spécialisé, cette femme n'aurait pas pu éviter l'avortement.

OBSERVATION n° 2

Mme M. entre à la maternité le 4 janvier 1923. Bons antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : luxation congénitale de la hanche droite, rougeole, grippe.

Première grossesse à 27 ans qui, à part quelques vomissements et une grande fatigue, aboutit à un accouchement normal le 15 octobre 1917. L'enfant meurt d'ailleurs l'année suivante de méningite (?).

La mère avait subi une déficience physique importante depuis cette première grossesse.

Grossesse actuelle : dernières règles du 5 au 9 octobre 1922.

A partir du 20 novembre, la femme commence à vomir tout ce qu'elle prend, et depuis 7 semaines elle ne prend que de l'eau de Vichy et du champagne.

Elle a pris successivement, sans succès de la menthe chloroformée, de la potion de Rivière, de la belladone, etc. A bout de traitement médical, elle est envoyée à la maternité.

A l'entrée : femme très maigre, subictérique, langue sèche, gencives légèrement saignantes. L'utérus gravide est

perçu, il semble déshydraté et n'a pas en tout cas sa turgescence normale.

Cœur et poumons : embryocardie, respiration accélérée. Pouls : 120, 100, 110.

On est en présence de la troisième période des vomissements incoercibles, on ne peut plus tenter aucun traitement médical, il est décidé d'interrompre la grossesse.

Le 5 janvier, à 11 heures, on place 2 laminaires après dilatation par quelques bougies de Hégar. La femme a de violentes contractions dans l'après-midi. Le 6 janvier, on retire les laminaires, le col est perméable au doigt. A 10 heures, on pratique un curage digital, on retire un fœtus de 10 cm. environ, avec un placenta formé et des morceaux de caduque. On termine par une injection iodée et des toni-cardiaques.

Le 7, elle garde 1 litre et demi de liquides, mais est toujours agitée.

Le 8, l'agitation continue, le pouls est très rapide, dans l'après-midi, la femme délire.

Le 9 janvier elle succombe.

Voilà encore un cas de vomissements incoercibles vu tardivement et seul l'avortement thérapeutique restait à tenter.

OBSERVATION n° 3.

Mlle W., 20 ans. Entre à la maternité le 19 juillet 1929.

Antécédents héréditaires : mère morte d'affection cardiaque à 39 ans, père en bonne santé, un frère et une sœur.

Antécédents personnels : congestion pulmonaire à 10 ans, néphrite en mars 1927. Réglée à 13 ans régulièrement.

ment. Un rapport le 2 juin. Dernières règles : 15 au 19 juin.

Procréateur : 25 ans, en bonne santé.

La malade, qui est Polonaise et habite en France depuis 1926, a maigri depuis cette époque et a de fréquentes migraines.

Le 2 juillet, dans la matinée, la malade commence à être prise de vomissements, ceux-ci se répètent et augmentent d'intensité et de fréquence. Elle entre à l'hôpital civil le 5 juillet. Elle présente alors de grands vomissements à odeur acétonémique.

Le 6, les vomissements continuent. On lui fait alors 30 unités d'insuline associées à une injection intraveineuse de 4 grammes de sucre.

Examen des urines : pas de sucre, mais forte réaction à l'acétone qui est aussi mis en évidence dans les vomissements.

Le 10 juillet, l'analyse donne :

Glucose : 0; acide diacétique : traces nettes; acétone : 0 gr. 85 au litre; acide β oxybutyrique : 1 gr. 25 au litre.

Taux de la glycémie le 12 juillet : 1 gr. 66 au litre.

Les urines, qui étaient de 700 gr. le 6 juillet, tombent à 450 gr. le 18, après avoir été à 300 gr.

Le 13 juillet, la glycémie est à 0,70; le 16, à 0,68; la réserve alcaline 68 volumes, le 16 à 54,1.

On supprime l'insuline. Les vomissements continuent, toujours aussi violents, et, malgré le traitement, la réaction de Gerhardt dans les urines est toujours positive. C'est alors que le 18, M. le Professeur Frühinsholz, appelé en consultation, pose le diagnostic de grossesse en évolution de 6 semaines environ. La malade est aussitôt dirigée sur la maternité, où elle entre le 19 juillet.

A ce moment, l'examen révèle un état général relati-

vement bon. Le pouls est au voisinage de 100, l'amaigrissement paraît léger. Pas d'odeur acétonémique de l'haleine. Peau sèche. Foie normal. Selles régulières. Urines : 600 gr. Vomissements, 900 gr. En somme, il n'y a pas de symptômes d'alarme. On institue donc le traitement habituel : isolement complet, boissons glacées fractionnées, atropine, chloral, adrénaline, goutte à goutte rectal de sérum glucosé. L'amélioration n'est pas sensible, les vomissements persistent assez abondants, la malade souffre et est agitée.

Tout de même, jusqu'au 1^{er} août, il y a plutôt tendance à l'amélioration. On constate en effet une diminution des vomissements et une augmentation du taux urinaire, le pouls est au-dessous de 100.

Mais à partir du 2 août, augmentation nouvelle des vomissements, chute du taux urinaire, le pouls s'accélère et passe au-dessus de 100; de la dyspnée et de l'agitation apparaissent.

Le 4 août, violente crise de dyspnée, pouls à 120, apparition d'une toux avec expectoration légèrement sanglante.

Les vomissements tendent à diminuer, mais les urines aussi, le pouls s'accélère encore.

6 août : sensible amélioration, mais les urines sont très rares et on constate du subictère des conjonctives. Le pouls dépasse 140.

Le 9 août, il n'y a presque plus de vomissements (200 grammes), mais une altération notable de l'état général, le pouls oscille entre 140 et 160. Urines : 100 cc.

Devant ces symptômes d'alarme on décide, le 10 août, d'intervenir et on dilate le col aux laminaires.

Le 11, la malade est pâle, choquée, le pouls rapide; on achève la dilatation aux bougies. On fait un curage digital et on extrait l'œuf. Du sérum et de l'huile camphrée

sont injectés. La malade avait beaucoup saigné derrière le tamponnement qui maintenait la laminaire, 600 gr. environ.

Dans l'après-midi, elle se sent défaillir subitement et elle meurt en quelques minutes.

En dehors de la réaction de Gerhardt, qui restait positive, à l'entrée de cette malade à la maternité, l'avortement thérapeutique ne s'imposait pas, on était en droit de le tenter plus tard devant l'accélération permanente du pouls et la diminution du taux urinaire, mais il est probable qu'à ce moment la malade n'a pas pu supporter le choc de l'avortement, en raison peut-être de son passé pathologique ou des tares cachées qu'elle portait en elle. Toutes conditions qui font varier le pronostic de l'avortement thérapeutique, comme nous le verrons plus loin.

OBSERVATION n° 4.

Mme T., 20 ans. Entre à la maternité le 11 mars 1935.

Antécédents : rien à signaler. Première gestation actuelle. Grossesse désirée. Dernières règles du 5 au 10 décembre. Le début de la maladie remonte au 19 janvier par une fatigue générale et de l'anorexie, trois jours après débutent des vomissements, qui prennent d'emblée le caractère grave. Il existe en outre de la sialorrhée, de l'asthénie et de l'amaigrissement. Son médecin la met au repos absolu et au régime. Aucune amélioration ne se produit et devant l'aggravation de l'état général, il l'envoie à la maternité.

Examen : asthénie très marquée, amaigrissement considérable, faciès pâle, subictère des conjonctives, peau sèche, déshydratée. Température 37°-37°5. Pouls : 120.

Appareil digestif : anorexie complète, dégoût de tous les aliments et boissons, sauf l'eau.

Les vomissements ont nettement diminué, deux fois seulement en quatre jours et le ptyalisme a disparu depuis trois semaines. Le foie est un peu augmenté de volume, mais non douloureux. La rate est perceptible sur trois travers de doigts.

Urines : claires et abondantes (1 l. par 24 h.).

Albumine : 0.

Tension artérielle : 9,5-6,5.

Appareil respiratoire : obscurité aux bases.

Système nerveux : réflexes tendineux rotuliens et achilléens très vifs. Motilité conservée, la force musculaire est très diminuée. Douleurs aux membres inférieurs. Sensibilité objective normale.

La malade est alors mise au traitement habituel avec balance exacte des aliments ingérés, des vomissements et des urines. Les vomissements tombent à 100 gr. le 22, mais les urines ne totalisent que 300 gr.

Aliments : 1 bouteille d'eau de Vichy, 1 cruche d'eau, 1 tasse de café au lait, 1 tasse de bouillon.

Traitement : 500 gr. de sérum glucosé, 6 gr. de chloral, 5 gr. de sel de magnésie, 1 ampoule d'atropine, 1 ampoule d'extrait de surrénales.

La malade subit un lavage d'estomac les 18 et 19 mars, mais continue à vomir.

Dosage d'urée sanguine le 14 mars : 0 gr. 26.

Analyse d'urines le 21 mars : présence de corps cétoniques; acide diacétique : 0.

La malade continue à vomir, mais très légèrement.

L'état général paraît meilleur, elle s'alimente mieux.

Taux des urines : 300 cc.

Le 23 mars, apparition subite de troubles psychiques

sous forme de désorientation, d'amnésie et d'obnubilation intellectuelle. Les troubles s'accroissent le lendemain.

Le 24, à l'occasion de la visite de son mari, la malade fait une véritable crise d'agitation avec idées délirantes. Après cette crise, elle est très abattue.

Le pouls est à 120, les vomissements à 200 gr.

Les troubles psychiques ne font que s'accroître et, devant la gravité de la situation, on décide d'intervenir le jour même.

Le 25 au matin, on extrait l'œuf sans anesthésie. Durant toute l'opération la femme est restée insensible, dans un état d'indifférence totale.

Dans l'après-midi qui suivit l'intervention, elle est restée calme, somnolente et s'alimenta un peu.

Le 26 mars, elle est prise subitement d'une crise d'agitation nerveuse avec convulsions cloniques aux membres supérieurs, bouche ouverte, tête renversée, yeux hagards.

On fait absorber 0 gr. 02 de gardénal. La crise dure un quart d'heure environ. Dans l'après-midi, l'état s'aggrave. Une toux grasse, sans expectoration apparaît. Matité aux bases et respiration obscure.

Le 27 mars, au moment de la visite, la femme paraît physiquement améliorée sur la veille, le pouls est redescendu, mais brusquement, vers 10 heures, elle succombe.

Autopsie (résumé) : toxi-infection avec réaction notable et déjà ancienne des organes de défense; œdème pulmonaire bilatéral et broncho-pneumonie récente de la base gauche.

Foie très volumineux avec dégénérescence graisseuse. Bile totalement décolorée, traduisant la déficience hépatique.

Rate hypertrophiée trois fois comme normalement en hyperplasie lymphoïde.

Pancréas normal.

Lésions de néphrite subaiguë aux reins.

Surrénales lésées.

Utérus et annexes : aucune altération macroscopique ni microscopique.

Cœur sain.

Cette observation montre que les vomissements incoercibles peuvent très rapidement, et alors que rien ne peut le faire prévoir, passer d'une phase où le traitement médical est de règle à une phase où seule l'interruption de la grossesse peut encore être la planche de salut. Mais, comme c'est le cas ici, à ce moment existent déjà des lésions si graves que ce dernier traitement échoue devant l'irréparable.

II. PARAGRAPHE

Statistiques étrangères

Nous avons voulu comparer nos statistiques à celles des autres cliniques et nous nous sommes permis une petite enquête auprès de MM. les Professeurs titulaires des chaires de clinique obstétricale près des différentes universités françaises. Tous nous ont répondu avec empressement et nous nous permettons de leur adresser ici l'hommage respectueux de notre gratitude. Plu-

sieurs de ces statistiques, il faut le reconnaître, sont incomplètes, car dans différents services, les femmes atteintes de vomissements graves sont traitées en dehors des maternités et ainsi échappent à leur contrôle. Néanmoins les renseignements recueillis sont intéressants et vont nous montrer qu'en province surtout les cas de provocations pour vomissements incoercibles existent encore et sont tous à peu près dans le même rapport.

1° Faculté de Médecine de Lille, Professeur Bué.
Statistiques portant sur 10 années, de 1926 à 1935 :

Années :	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Accouchements :	1104	1203	1225	1268	1406	1180	1207	1036	1150	956
Vomissements inc. :	4	2	2	1	3	0	2	0	0	0
Provocations :	3	1	2	1	2		1			
Nombre de morts { Avant :		0	0	0	0		0			
de morts { Après :		2	1							

soit, sur 10 années : 14 cas de vomissements incoercibles, pour lesquels 10 avortements thérapeutiques furent pratiqués, dont trois furent suivis de mort. Ce pourcentage très supérieur au nôtre pour les provocations en rapport avec le peu de nombre de vomissements incoercibles s'explique du fait que les vomissements sérieux ne figurent pas dans la statistique ; ils ont été traités en dehors de la maternité. Il ne s'agit donc que des vomissements vraiment incoercibles et, sur 10 provocations, nous enregistrons 3 décès consécutifs, ce qui est en rapport avec nos chiffres,

2° Faculté de Médecine de Strasbourg; Professeur Reeb. Statistiques portant sur 5 années, de 1931 à 1935 :

Années :	1931	1932	1933	1934	1935
Accouchements :	1410	1500	1422	1659	1725
Vomissements inc. :	0	3	3	0	0
Provocations :		1			
Morts avant :		1			
Morts après :		1			

soit sur 5 années, 6 cas de vomissements incoercibles et 1 provocation suivie de mort.

Autopsie des deux cas de morts : hépato-néphrite toxique,

Bordet-Wassermann ++ dans un des cas, dans l'autre : myocardite chronique.

Depuis 3 ans, le professeur Reeb rechlore les malades dès leur admission et il lui semble que par ce traitement il empêche les vomissements de devenir incoercibles.

3° Faculté de Médecine d'Alger : Professeur Laffont. Statistiques portant sur 10 années :

Années :	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Accouchements :	591	501	658	667	771	759	1363	1021	1018	1110
Vomissements inc. :	1	5	6	1	3	2	1	1	0	3
Provocations :	1	2	2			1				1
Morts avant :	0	0	0			0				0
Morts après :	0	0	2			0				1

soit sur 10 années 23 cas de vomissements incoercibles, 7 provocations et 3 décès consécutifs.

4° Faculté de Médecine de Marseille : Feu Professeur Guérin de M. Valmale.

Dans toute sa carrière, le regretté professeur de la Faculté de Marseille n'eut à intervenir que 6 fois sur une centaine de cas de vomissements incoercibles; après une longue lettre, que nous gardons avec émotion, il voulait bien nous les résumer ainsi :

2 erreurs de diagnostic (tumeurs cérébelleuses) ;

1 cas mortel chez une femme indocile traitée trop tard par sa faute ;

3 cas heureux, mais qui eussent pu être évités dans des conditions différentes.

5° Faculté de Médecine de Bordeaux : Professeur Andérodias.

Nombre d'accouchements annuels : 1.000.

Nombre de vomissements incoercibles : 1.

Provocation : aucune.

Mort : aucune.

6° Faculté de Médecine de Lyon : Professeur Voron.

Nombre d'accouchements effectués en 1935 : 1.359.

Nombre de vomissements incoercibles : 11.

Avortements thérapeutiques : 0.

Nombre de décès observés en 1935 : 0.

Le Professeur Voron nous rapporte en outre 2 cas de vomissements incoercibles vus les années précédentes et où l'avortement thérapeutique n'a pu empêcher la mort des malades. Il s'agissait d'avortements pro-

voqués trop tardivement, alors que la troisième période des troubles nerveux était déjà atteinte.

7° Faculté de Médecine de Paris : Professeur Brindeau.

Nombre d'accouchements annuels : 3.000 environ.

Nombre de vomissements incoercibles : 4 ou 5.

Nombre de provocations : 0.

Nombre de morts : 0.

Ici ne sont comptés que les cas graves qui ont tous été traités médicalement et par la psychothérapie.

8° Faculté de Paris : Professeur Couvelaire. Statistique portant sur 10 années, de 1922 à 1931 :

Années :	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Accouchements ;	2761	2631	2845	3116	3316	3432	3210	2867	2943	3271
Vomissements inc. ;	4	7	5	9	7	4	3	1	3	8
Provocations ;	2	4	2	7	7	4	3	1	2	2
Accouchements prématurés provoqués	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de morts	2	2	1	3	1	0	0	0	0	2

Soit 51 cas de vomissements graves dans une période de 10 ans, dont 34 ont nécessité l'avortement thérapeutique; sur ces 34 avortements, il y a eu 11 morts.

La plupart de ces cas ont été publiés dans les thèses de Paris. Le pourcentage de mortalité est sensiblement égal au nôtre et presque le tiers des provocations.

III^e PARAGRAPHE

Les échecs en dehors de l'avortement thérapeutique

Nous voyons en somme que la plupart des spécialistes ne sont pas encore affranchis de l'interruption de la grossesse dans certains cas de vomissements incoercibles et qu'un fort pourcentage de mortalité frappe dans une proportion à peu près égale ce moyen de traitement.

Certes, quelques-uns pensent pouvoir maintenant s'en passer définitivement. Il existe en effet des traitements médicaux dont chacun use à sa manière et qui maintenant apportent presque toujours la guérison, encore faut-il qu'ils soient employés à temps. Les uns, avec une grande autorité, utilisent la psychothérapie et savent en retirer le plus grand profit au point qu'ils guérissent toutes leurs malades avec ce traitement. Sans entrer dans le détail, reconnaissons que souvent l'élément psychique entre pour une grande part dans la pathogénie des vomissements incoercibles; mais de là à croire que tous les cas peuvent être guéris par la suggestion, il y a un grand pas à faire.

Cette méthode, mise en œuvre dès le début des vomissements, et avec l'autorité nécessaire, peut certaine-

ment donner de bons résultats; mais quand il s'agit de malades vues pour la première fois à une période avancée, où déjà des troubles organiques profonds compromettent une thérapeutique médicale, nous ne croyons pas que la psychothérapie répare les lésions.

Ce qui nous conduit à toucher un mot de la pathogénie des vomissements graves de la grossesse. Les uns en ont recherché la cause uniquement dans l'élément nerveux et pithiatique et apportent des observations à l'appui de leur thèse. Nous ne voulons pas nier l'authenticité de maintes observations où un simulacre d'avortement, par exemple, a guéri une malade dont la grossesse n'était pas désirée.

Schwaab rapporte en effet deux cas de vomissements graves où le traitement médical et l'isolement ont échoué. Dans le premier cas, la malade ne désirait pas sa grossesse. Schwaab pratique un simulacre d'avortement avec légère anesthésie; le soir même, les vomissements diminuent, la femme s'alimente un peu et les vomissements cessent. Elle continua une grossesse normale, bien que par la suite la vérité lui fut dévoilée.

Dans le deuxième cas, l'avortement simulé avait été involontaire; l'auteur avait placé une laminaire pour préparer le col à un curettage ultérieur. Le lendemain, quand il revint, les vomissements avaient diminué; il enleva la laminaire et déclara à la malade que sa grossesse était interrompue. Au bout de 8 jours, elle ne vomissait plus et sa grossesse continua normalement. Un cas analogue est rapporté par Trillat et Dubois.

L'auteur se garde bien de conclure qu'il faut ériger en dogme le traitement des vomissements incoercibles par l'avortement simulé, mais il voit là une preuve de l'influence du psychisme sur ces vomissements et l'importance qui en découle pour le traitement.

Devant la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, Nolens, en 1933, apportait encore sa conviction que les vomissements incoercibles de la grossesse sont uniquement d'origine nerveuse. Il rejette la théorie de l'intoxication gravidique. Selon lui, la grossesse décèlerait simplement un état névropathique pré-existant. Cette maladie émétisante serait le propre des femmes psychologiquement tarées.

Il constate en outre que la psychothérapie et l'hygiène guérissent bon nombre de malades : l'avortement thérapeutique n'agirait en cas de guérison qu'en frappant l'imagination malade de ces tarées plutôt que par la suppression des toxines élaborées par l'œuf.

L'auteur considère l'avortement thérapeutique comme une méthode néfaste et dangereuse à appliquer à ces névropathes, pour lesquelles des grossesses ultérieures seraient synonyme d'avortements, et cette seule idée, selon Nolens, serait suffisante pour provoquer les vomissements.

Il cite à l'appui de sa théorie un cas grave de vomissements incoercibles. Il s'agit d'une femme enceinte chez laquelle les vomissements ont apparu brusquement à la suite d'une dispute avec sa belle-mère. Le traitement médical échoue et la femme entre à la maternité dans un état très grave, avec un pouls à 120. Elle est aussitôt soumise au traitement pratiqué par

Nolens : suppression des aliments solides et liquides per os, bain tiède calmant, grand lavage intestinal à la décoction de graines de lin, puis goutte à goutte rectal au sérum physiologique. Le lendemain, Nolens applique alors son traitement suggestif, qui consiste à ébranler les conceptions névropathiques de la malade en employant des procédés désagréables que la malade espère voir disparaître dès qu'elle ne vomira plus. Après 22 jours, la guérison complète est obtenue et la malade rentre chez elle.

Ce traitement purement persuasif demande une grande autorité de la part du médecin; il est préconisé en France par Leven, qui ne veut plus entendre parler d'avortement thérapeutique.

Nous avons vu dans les statistiques présentées au chapitre précédent que M. le Professeur Brindeau n'apporte pas un seul cas d'avortement thérapeutique, les quelques cas de vomissements incoercibles qu'il a bien voulu nous mentionner ont été guéris médicalement par la psychothérapie.

En 1924 déjà il affirmait la prédominance de l'élément pithiatique dans la pathogénie des vomissements incoercibles. Au début de son article, il faisait remarquer que tous les vomissements incoercibles ne sont pas dus à l'état de gestation et il cite des erreurs de diagnostic chez des vomisseuses pour lesquelles on pratiqua l'avortement et qui moururent malgré cette intervention; mais à l'autopsie on trouvait pour l'une une tuberculose cérébelleuse, pour une autre une méningite tuberculeuse.

Paul Perrin, dans sa thèse, rapporte quatre cas de

vomissements incoercibles mis sur le compte de la grossesse; il s'agissait en définitive de quatre femmes tabétiques qui présentaient des crises gastriques avec vomissements; chez l'une d'elles, l'interruption de la gestation fut pratiquée sans résultat. Il est alors bien évident qu'on ne peut parler dans ces cas des échecs de l'avortement thérapeutique.

Néanmoins, pour Brindeau, la plupart des vomissements incoercibles de la grossesse sont de nature hystérique. Selon lui, les vomissements banaux de la femme enceinte passent insensiblement à l'état d'incoercibilité par suggestion de l'entourage ou de la femme elle-même. De là il conclut que pris dès le début ces vomissements peuvent guérir par la suggestion et la psychothérapie en général; mais il reconnaît qu'à la longue ils entraînent dans l'organisme des perturbations profondes, dont la principale est la déshydratation, et que la seule suggestion n'est plus suffisante pour apporter la guérison.

Le principe communément admis de l'action de l'avortement l'étonne pourtant. Pour nous, il s'agit de la suppression de la source d'intoxication au sein de l'organisme maternel. Mais Brindeau ne pense pas que l'expulsion du produit toxique doive soulager immédiatement la mère, car en somme son organisme retient des toxines qui mettent un certain temps à s'éliminer malgré la suppression du foyer d'intoxication.

Veut-on voir là encore une preuve que l'intervention agit surtout par l'intermédiaire du psychisme? La question est posée, nous n'y répondons pas affirmativement, car nombreux sont les cas où l'expulsion de

l'œuf apporta une guérison sans que le pithiatisme y prenne part.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici qu'en août 1936 Voron et Pigeaud ont tenté une mise au point de cette pathogénie encore obscure des vomissements incoercibles.

Pour eux, c'est l'état d'inanition ou plutôt de déshydratation provoqué par les vomissements qui met en liberté les produits de déchets toxiques, et à ce moment on peut parler d'intoxication véritable. Cette auto-intoxication entraîne des lésions du foie et des autres organes, lésions qui peuvent atteindre un degré tel que la guérison n'est plus possible. La seule théorie pithiatique ne peut donc être invoquée et Brindeau lui-même l'admet tout récemment. Il croit à une association de troubles pithiatiques à une lésion organique plus ou moins accusée. Cette lésion peut être variable, mais dans quelques cas le laboratoire a permis de mettre en évidence dans les urines et le sang des vomisseuses la présence d'une quantité anormale d'hormones.

IV^e PARAGRAPHE

Explication des échecs

Il semble bien en effet que la pathogénie des vomissements incoercibles relève de plusieurs facteurs et que le pronostic de ces cas est difficile à établir du fait que nous méconnaissons l'importance qu'il faut attribuer à tel facteur plutôt qu'à tel autre. S'agit-il d'une femme nerveuse, nous emploierons, croyons-nous, rationnellement, la psychothérapie; mais nous ne connaissons pas les tares que son organisme peut déceler, il y a là le facteur inconnu inhérent à chaque individu et qui fait qu'un traitement déterminé appliqué à plusieurs malades dans les mêmes conditions réussit à l'un, échoue chez l'autre, et c'est là ce qui fait l'imprévu de la clinique.

Donc notre traitement va peut-être échouer sur l'inconnue que nous n'avons pas déterminée, c'est l'épine irritative sur laquelle va se greffer en s'amplifiant le déséquilibre neuro-végétatif apporté par la grossesse, c'est alors que l'interruption de celle-ci pourra arrêter dans son évolution fatale une lésion qu'active ce déséquilibre.

L'exploration clinique permet parfois de déceler cette pierre d'achoppement, elle nous fera éviter éga-

lement des erreurs de diagnostic, comme l'exemple des cas de tumeurs cérébrales cités antérieurement. Mais souvent, hélas, des lésions plus secrètes échappent à la clinique et selon la phrase même de M. le Professeur Fröhinsholz, « nous voyons mourir des malheureuses, qui, au regard de notre courte logique, n'auraient pas dû mourir ». Ces lésions ignorées sont certainement dans une grande part responsables des échecs que nous avons enregistrés. Elles diminuent en effet le coefficient de résistance chez des femmes en état d'insuffisance hépatique aiguë et dont la vie ne tient plus à ce moment qu'à un fil.

Nous avons vu dans une de nos observations que l'autopsie pratiquée chez une femme décédée à la suite de l'avortement montrait des lésions graves de dégénérescence graisseuse du foie et de néphrite subaiguë.

Dans les deux cas de morts que nous a transmis M. le professeur Reeb, l'autopsie a révélé chez l'une une hépato-néphrite toxique avec B.-W. positif, chez l'autre une myocardite chronique.

Ces lésions graves peuvent exister avant les vomissements, telles ces myocardites ou ces néphrites chroniques qui abrègent la vie des femmes qui en sont atteintes. Les vomissements incoercibles ne font qu'accélérer leur évolution; mais chez une femme indemne de toutes tares pathologiques ils sont capables, par eux-mêmes, de produire des troubles organiques importants qui s'accroissent s'ils sont abandonnés à eux-mêmes. Les échecs de l'avortement thérapeutique trouvent ainsi souvent leur cause dans ces vomissements qu'on pourrait qualifier de « négligés » et dont héri-

tent les grands services, souvent à une période très avancée, où des lésions irrémédiables sont sur le point de se constituer. Nos observations nous l'ont d'ailleurs montré. En très peu de temps ces lésions deviennent irréparables, et il est bien certain que l'interruption de la grossesse ne peut plus avoir aucune chance de succès.

En dehors de ces facteurs, les conditions mêmes de l'intervention peuvent faire varier le pronostic. L'anesthésie n'est certainement pas sans diminuer la résistance de ces femmes, et nous ignorons leur sensibilité à tel ou tel mode de narcose.

M. le Professeur Frühinsholz se méfie en général de l'anesthésie dans ses interventions et en principe il n'anesthésie pas.

D'autre part, il y a le choc inhérent à l'avortement et qu'on ne peut supprimer, si rapide soit menée l'opération; en particulier l'hémorragie qui s'en suit et qui a sans doute contribué à l'échec que nous avons enregistré dans notre troisième observation.

Certains se sont attachés à réduire ce choc; à la maternité de Nancy, on procède à l'avortement méthodiquement accéléré avec la curette, sans anesthésie le plus souvent, et après avoir assoupli le col aux lamineuses et aux bougies calibrées de Hégar.

Nous mentionnerons, en passant, un procédé préconisé par un auteur étranger et qui est tout au moins original. Pour réduire au minimum le traumatisme de l'avortement chez des femmes dont l'état nécessite l'interruption de la grossesse, l'auteur conseille de tuer l'œuf in utero par ponction de la cavité amniotique et

d'introduire dans cette cavité 2 ou 3 centimètres cubes d'une solution de formol. Il laisse ainsi l'œuf en rétention et au bout d'un certain temps l'expulsion se fait d'elle-même ou il la provoque; mais le traumatisme est très réduit. La mort du fœtus entraîne aussitôt la sédation des phénomènes qui avaient nécessité cette thérapeutique.

Quels que soient les procédés employés, il est impossible de supprimer complètement le choc de l'avortement; d'ailleurs, ce qui compromet sa réussite, ce n'est pas tant ce choc que l'absence d'un critérium pour choisir le moment de la provocation. Parfois on intervient trop tard, tous les symptômes ne semblent pas réunis pour décider une intervention et on laisse ainsi passer le moment parfois très court où l'avortement thérapeutique a encore une chance de sauver la malade. Cette question du critérium de provocation a été très discutée et bien des tests ont été proposés. L'étude de ceux-ci va faire l'objet de notre deuxième chapitre.

CHAPITRE II

LES CRITÈRES DE PROVOCATION SUSCEPTIBLES DE RÉDUIRE LES ÉCHECS

Depuis Dubois, il est classique de diviser les vomissements incoercibles de la grossesse en trois périodes de gravité croissante; dans une première période, il s'agit de troubles fonctionnels purs, dans une deuxième apparaissent des troubles organiques avec accélération du pouls, présence de corps acétoniques dans l'urine, enfin dans la troisième période on assiste aux grands accidents nerveux avec altération des différents organes; la mort survient par des accidents cérébraux, syncope et coma.

A quel moment, si le traitement médical a échoué, faudra-t-il intervenir ? Il semble raisonnable de répondre avant l'apparition des symptômes de la troisième période, mais encore faut-il que la malade soit

vue avant cette phase ultime. Et si on la voit à la deuxième période, elle peut encore la plupart du temps guérir sans qu'on ait besoin d'interrompre sa grossesse, mais elle peut d'un moment à l'autre glisser dans cette troisième période où, alors, les chances de l'avortement thérapeutique sont très compromises. Nous avons vu cette transition brusque dans notre quatrième observation. Quels seront donc les symptômes sur lesquels on va se baser pour interrompre la gestation? La plupart des accoucheurs sont d'accord sur plusieurs de ceux-ci, comme l'accélération croissante du pouls, sur laquelle insiste Pinard, la diminution du volume des urines, la présence de corps acétoniques dans l'urine et l'état d'acidose. Nous attachons une grande importance au critère de Pinard, à savoir l'accélération progressive et permanente du pouls au-dessus de 100.

Le Lorier base son pronostic et la conduite à tenir sur la réaction de Gerhardt au perchlorure de fer, qui décèle dans les urines l'acide acétyl-acétique; il se dispose à l'avortement thérapeutique dès que la réaction est positive.

Audebert et Galy-Gasparrou résument leurs idées à ce sujet dans un article sur « les indications de l'avortement provoqué dans les vomissements graves de la gestation ». Ils rejettent comme critère à l'intervention la fréquence élevée du pouls; ils ont vu des femmes guérir malgré un pouls à 140; mais ils attachent une grande importance à son augmentation graduelle malgré un traitement bien appliqué. Ils citent le cas d'une femme ayant succombé malgré l'avorte-

ment avec un pouls qui ne dépassait pas 110, mais qui s'accélérait graduellement depuis 80.

Le signe de l'amaigrissement ne leur paraît pas non plus d'un très grand secours : il est difficile de connaître parfois le poids de la malade.

Les signes d'insuffisance hépatique ou rénale sont bien plus importants et nous sommes d'accord avec eux pour porter un pronostic sévère sur la constatation d'un subictère, de selles décolorées et de la diminution volumétrique des urines.

L'étude de l'oscillométrie fournit aussi de précieux renseignements. Dans les vomissements incoercibles, la pression maxima est abaissée tandis que la minima est relativement élevée, ce qui traduit bien un fléchissement du myocarde et une résistance périphérique augmentée; en l'occurrence, il s'agit d'un barrage rénal.

Quand les vomissements cessent sous l'effet du traitement, la pression maxima augmente et la minima s'abaisse; il y a alors augmentation de la pression différentielle. Cette augmentation de la pression différentielle serait un bon signe mais le contraire porte à être pessimiste.

L'examen des urines sera toujours pratiqué.

Nous avons déjà parlé de l'importance de la diminution de leur volume. Cette diminution est intéressante surtout quand elle persiste malgré les injections abondantes de sérum, car elle traduit alors un blocage rénal complet et on hâtera d'autant plus l'intervention que l'oligurie sera plus complète. Les auteurs citent le cas d'une malade qui recevait quotidiennement 2 litres à 2 litres et demi de sérum et n'émet-

tait que 200 cc. d'urine dans le même temps. L'avortement thérapeutique fut pratiqué, mais suivi de mort.

Au point de vue chimique, ces deux auteurs estiment que l'augmentation du taux de l'urée urinaire est d'un fâcheux pronostic, elle traduit selon eux une désassimilation et l'autophagie.

Ils attachent également une grosse importance à l'augmentation de l'ammoniaque urinaire : son excès dans l'urine prouverait en effet une désassimilation prononcée, car c'est le terme de passage entre l'azote et l'urée.

Les auteurs américains basent même leur pronostic sur cette constatation; ils en font le témoin de l'insuffisance protéolytique du foie et n'hésitent pas à conseiller l'intervention quand le taux d'ammoniaque dépasse dix pour cent, le taux normal étant 3,5 p. 100.

Audebert préfère encore comme critère la recherche dans l'urine de l'acide acétyl-acétique. Il estime que l'avortement thérapeutique s'impose quand, malgré le régime hydrocarboné et alcalin, l'acidose persiste ou augmente.

Passant ensuite à l'examen du sang, Audebert et Galy-Gasparrou recherchent l'augmentation du taux de l'urée sanguine, indice de l'insuffisance rénale à laquelle ils attachent une grande importance et ils rappellent à ce propos le cas de mort après avortement thérapeutique qu'ils ont déjà mentionné chez une femme qui avait un taux d'urée de 0 gr. 93 sans insuffisance hépatique.

Quant aux troubles nerveux, ils sont d'accord sur la nécessité d'interrompre la grossesse quand ceux-ci

apparaissent, mais ils ne croient pas pouvoir obtenir la guérison à ce moment, surtout s'il y a du délire, des hallucinations et de l'hyperthermie.

Ils concluent à la fin de leur publication qu'hormis les symptômes nerveux de la troisième période, il n'existe pas de signe qui présente à lui seul une valeur absolue, et que pour se décider à provoquer un avortement le médecin ne doit pas se baser sur un seul symptôme mais sur un ensemble. Ils insistent sur le devoir qu'a le médecin d'interrompre la grossesse si les signes suivants se trouvent réunis, à savoir : ascension du poulx, oligurie persistante malgré le sérum, augmentation de la pression artérielle minima, et à plus forte raison si à ces symptômes viennent s'ajouter le subictère et l'acidose.

Ces symptômes énumérés sont aussi, à notre avis, à retenir dans l'établissement d'un pronostic, mais nous pensons qu'ils ne sont pas suffisants pour les ériger en critérium infaillible à la provocation; nous avons vu en effet des résurrections inespérées, malgré la présence de ces symptômes et par ailleurs des femmes mourir sans que leur ensemble fût réalisé.

Il est un fait évident, c'est que dès leur apparition, la plus grande vigilance doit être demandée au médecin. Nous répéterons encore que la clinique n'est pas infaillible, qu'avec ses variantes elle ne peut nous apporter le test sûr que nous voudrions avoir quand la question toujours grave de l'avortement thérapeutique se pose. C'est pourquoi on s'est tourné vers le laboratoire, pensant avoir la réponse du problème.

Mais le laboratoire non plus ne saurait donner une

ligne de conduite exacte et les nombreuses épreuves proposées jusqu'ici ne gardent qu'une valeur relative vis-à-vis le problème de l'avortement thérapeutique. Cette question a fait l'objet, d'ailleurs, de discussions très intéressantes et de la plus belle tenue, à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, dont nous avons déjà parlé. Elle est en somme mise au point et résumée par les différents orateurs.

A Nolens, qui affirmait que tous les vomissements incoercibles de la grossesse ne se voyaient que chez les névropathes ou les nerveuses, Snoeck, entrant dans la discussion, s'opposait à cette théorie et faisait remarquer que le vomissement est bien un symptôme naturel de la grossesse et que sans aucune influence psychique il peut glisser vers l'incoercibilité et cela souvent sans qu'on puisse dire à partir de quel moment survient cette évolution.

Il constatait que le test biochimique indiscutable qui indiquerait ce moment précis n'est pas encore établi. Il met alors en doute la valeur de la présence des corps cétoniques dans le sang de la femme enceinte, corps dont la présence se voit en dehors de tout intoxication gravidique, par exemple dans le cas où on diminue pendant 24 ou 48 heures la ration des hydrates de carbone chez une femme enceinte. Le taux d'acétonémie n'est d'ailleurs pas en rapport avec la gravité de l'état, et telle femme, avec un taux élevé, a guéri sans intervention pendant qu'une autre a dû être avortée avec un taux bien plus faible.

L'Ecole lyonnaise propose la recherche du coefficient de Maillard et, selon ses résultats, voit ou non une

indication à interrompre la grossesse. Quand ce coefficient oscille entre 15 et 25, il s'agit d'un cas grave, et si, malgré le traitement, il monte à 30, 40 ou 50, on doit être prêt à pratiquer l'avortement.

Mais les résultats sont souvent discordants. Le coefficient de Maillard ou coefficient d'imperfection uréogénique, est surtout destiné à déceler l'insuffisance hépatique, qui existe de fait au cours des vomissements incoercibles, mais ce qui prédomine, c'est l'état d'acidose; or l'acidose modifie le coefficient de Maillard. Son principe est le suivant : le foie joue un rôle important dans la formation de l'urée, mais quand il est malade les polypeptides absorbés par l'intestin ne subissent plus la désintégration intégrale qui s'arrête à un stade intermédiaire et ils ne sont plus totalement transformés en urée; ils passent alors dans l'urine sous forme de corps azotés non uréiques, comme les acides aminés et l'ammoniaque. On a été ainsi amené à établir dans l'urine le rapport de l'azote uréique à l'azote total. Ce rapport baisse d'autant plus que la désintégration des protéiques est plus imparfaite, signe d'une déficience de la fonction uréopoiétique du foie.

Maillard a alors proposé d'établir le rapport non plus de l'azote de l'urée à l'azote total, mais de l'azote ammoniacal à l'azote uréique. Or, depuis les travaux de Nash et Benedict, il est établi que l'ammoniaque trouvé dans l'urine ne provient pas du sang, mais est formé au niveau du rein lui-même pour saturer l'acidose, particulièrement fréquente chez les hépatiques.

Le dosage de l'ammoniaque dans l'urée doit donc être corrigé en tenant compte du PH urinaire. Donc

l'état d'acidose peut faire varier le coefficient de Maillard sans qu'il y ait insuffisance hépatique à la clé, et comme le fait justement remarquer Snoeck, les vomissements répétés entraînent l'acidose sans qu'il y ait obligatoirement insuffisance hépatique, mais par le mécanisme de l'inanition et de la déshydratation.

Le degré d'acidose serait d'ailleurs mieux mesuré par l'étude de la réserve alcaline.

A ce moment intervient Sebrechts qui insiste sur la constance de la réaction de Gerhardt dans les cas graves. Il n'admet pas que le vomissement incoercible ne se produise que chez des femmes tarées au point de vue nerveux; il est plutôt le fait du déséquilibre vago-sympathique inhérent à l'état de grossesse et qui peut être plus ou moins accusé.

Cet état peut être amélioré médicalement par l'adrénaline ou les extraits de surrénales; mais si le traitement n'est pas mis en œuvre en temps opportun, les vomissements entraînent l'acidose au point où l'avortement s'impose, et pour Sebrechts, celui-ci agirait en rétablissant l'équilibre vago-sympathique. C'est pourquoi il admet que l'avortement thérapeutique doit disparaître si le traitement médical est bien conçu.

De Guchteneere insiste à son tour sur l'infidélité des tests chimiques comme critères à l'indication de l'avortement. Il cite un cas de mort après traitement par l'insuline et le glucose et malgré une bonne réserve alcaline.

Pour clore le rapport de cette belle discussion, nous serons d'accord avec Cocq qui affirme que « dans le traitement de l'hyperémésis gravidique il faut se gar-

der d'un exclusivisme qui n'est pas en rapport avec la diversité de cause et d'allure de ce syndrome ».

Il est bien évident que la même thérapeutique appliquée dans un cas échoue dans l'autre et que le critère qui nous indiquera le moment où on doit abandonner le traitement médical n'est pas encore connu, puisque nous avons vu des femmes mourir malgré l'absence des symptômes d'alarme et d'autres guérir contre toute attente, avec des examens de laboratoire qui les condamnaient à mort.

Sans contester la valeur de certaines recherches, nous estimons avec Cocq que c'est encore la clinique le seul critère sur lequel on peut baser la conduite à tenir. A la deuxième période de Dubois, on peut envisager l'éventualité d'un avortement après échec de toute autre thérapeutique, et à la troisième période les chances de succès de ce traitement sont bien compromises.

CONCLUSIONS

Des faits exposés et des discussions que nous venons de voir, il ressort que :

1° L'avortement thérapeutique n'est pas une méthode souveraine de traitement des vomissements incoercibles, puisqu'elle échoue encore dans un tiers des cas environ.

2° La cause de ses échecs semble résider dans l'existence de trop nombreux cas de vomissements incoercibles dits « négligés », pour lesquels l'hospitalisation intervient trop tard.

3° Il est à présumer que lorsque l'éducation mieux faite du médecin praticien l'amènera à hospitaliser précocement en milieu spécialisé les cas de vomissements graves de la gestation, d'abord les provocations d'avortement seront moins grevées d'échec, ensuite elles se feront de plus en plus rares et finiront même par disparaître.

Vu :

Nancy, le 22 juin 1937,

Le Président de thèse,
FRUHINSHOLZ.

Vu et approuvé :

Nancy, le 23 juin 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 24 juin 1937.

Pour le Recteur d'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université :
L. SPILLMANN.

BIBLIOGRAPHIE

FRUHHINSHOLTZ (A.). — Les échecs de l'avortement thérapeutique dans les cas de vomissements incoercibles (*Documentaire Médical*, juin 1935).

SCHWAAB (A.). — Vomissements graves de la grossesse guéris par l'avortement provoqué simulé (*Presse médicale*, numéro 90, 11-11-33).

CATHALA et BIANCANI. — Vomissements incoercibles de la grossesse avec acidose. Echec du traitement hydrocarboné adrénaliné. Avortement thérapeutique (*Gynécologie*, Paris, 1922).

NOLENS. — Un cas grave de vomissement incoercible intéressant quant à sa pathogénie (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, année 1933).

TRILLAT et DUBOIS. — Vomissements incoercibles de la grossesse, mise en place d'une laminaire, guérison sans interruption de la grossesse (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1932).

BRINDEAU et LANTUÉJOUL. — Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte (*Paris Médical*, 21 juin 1924).

Paul PERRIN. — Des vomissements graves de la grossesse dans leurs rapports avec des lésions du système nerveux (*Thèse de Paris*, 1910).

VORON et PIGEAUD. — Pathogénie des vomissements graves de la gestation (*Gynécologie et Obstétrique*, août 1936).

BRINDEAU, LANTUÉJOUL et HINGLAIS. — Pathogénie des vomissements graves de la grossesse (*Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1937).

EURIQUE A. BOERO. — Interruption de la grossesse incompatible avant la viabilité fœtale. Nouveau concept et nouvelle méthode opératoire (*Gynécologie et Obstétrique*, décembre 1935).

AUDEBERT et GALY-GASPARF. — Indications de l'avortement provoqué dans les vomissements graves de la gestation (*Paris Médical*, 1925, n° 59).

SCHNÖCK, — *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique* (Année 1933, n° 2).

V. COCQ. — Dans le traitement de l'hypérémésis gravidique, il faut se garder d'un exclusivisme qui n'est pas en rapport avec la diversité de cause et d'allure de ce syndrome (*Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, année 1933, n° 5).

BRINDEAU. — Considérations sur les vomissements graves de la femme enceinte (*Presse Médicale*, janvier 1933).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — 1 ^{er} paragraphe : Observations et statistiques personnelles	11
2 ^e Paragraphe : Statistiques étrangères	22
3 ^e Paragraphe : Les échecs en dehors de l'avortement thérapeutique	27
4 ^e Paragraphe : Explication des échecs	33
CHAPITRE 2. — Les critères de provocation susceptibles de réduire les échecs	37
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

